



Consentimiento Informado Cirugía
Correctora De Orejas Aladas

Consentimiento Informado Para Cirugía Correctora De Orejas Aladas

Consentimiento Informado Para Cirugía Correctora De Orejas Aladas

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico de **CORRECCIÓN DE OREJAS ALADAS O PROMINENTES.**

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende disminuir el ángulo céfalo auricular y formar o lograr mayor definición del Antihelix. Este pliegue auricular e encuentra ausente o es hipoplásico en esta patología. También tiene como objetivo anclar la concha auricular al hueso mastoides. Para ello se utiliza la técnica de Mustardé en donde la incisión es retroauricular, la plicatura y el anclaje al hueso mastoides se hacen con suturas irreabsorbibles. La piel es suturada con puntos reabsorbibles e intradérmicos por lo que no es necesario retirarlos.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia. Se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios con el fin de proporcionar el tratamiento adecuado para el caso específico.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

Estos pueden ser:

- **Poco graves y frecuentes:** infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica, flebitis.
- **Poco frecuente y de mediana gravedad:** complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.
- **Pocos frecuentes y graves:** shock anafiláctico y/o hemodinámico. Sepsis.
- **Específicos de la cirugía:** Infección local o sistémica, sangrado intra o postoperatorio, recidiva. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, alteraciones del metabolismo, existencia de enfermedades congénitas asociadas, medicamentos a permanencia, antecedentes de cicatrices inconvenientes en familiares directos del paciente, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que parezca especial.



La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....
El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se le realice el tratamiento quirúrgico para:

CORRECCIÓN DE OREJAS ALADAS O PROMINENTES.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).